

# Impact van de Gentse drugsbehandelingskamer op drugsgerelateerde levensdomeinen

Ciska Wittouck, Saaske De Keulenaer, Stefan Thomaes en Freya Vander Laenen\*

Verschillende landen hebben op het berechtingsniveau van de strafrechtsbedeling drugsbehandelingskamers (DBKs) opgericht. DBKs beogen de doorverwijzing van beklaagden met een drugsproblematiek naar de (drugs)hulpverlening, zodat ze daar zowel de drugsproblematiek als de daarmee samenhangende psychosociale moeilijkheden kunnen aanpakken. Herstel na middelengebruik vereist immers een focus op alle drugsgerelateerde levensdomeinen en gaat verder dan het bereiken van abstinentie. Op 5 mei 2008 ging de eerste Belgische DBK van start in het gerechtelijk arrondissement van Gent. In dit artikel beschrijven wij de uitkomsten van de Gentse DBK voor recidive, middelengebruik en drugsgerelateerde levensdomeinen, op basis van een studie van justitiële dossiers. De Gentse DBK laat matig positieve resultaten zien voor recidive, drugs-hulpverlening, financiële begeleiding en tewerkstelling, maar niet voor middelengebruik. Kenmerken van middelengebruik, van de Gentse DBK en van de methodologie van het onderzoek kunnen dit laatste resultaat verklaren. We kunnen besluiten dat de samenwerking tussen justitie en de hulpverlening op het berechtingsniveau van de strafrechtsbedeling in de vorm van DBKs succesvol kan zijn. Duidelijke afspraken over hun verschillende rollen en het beroepsgeheim

\* C. Wittouck is wetenschappelijk medewerker bij de vakgroep Strafrecht en Criminologie van het Institute for International Research on Criminal Policy, Universiteit Gent. E-mail: ciska.wittouck@ugent.be.  
S. De Keulenaer is wetenschappelijk onderzoeker bij de Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid van de Federale Overheidsdienst Justitie.  
S. Thomaes is wetenschappelijk onderzoeker bij de Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid van de Federale Overheidsdienst Justitie  
F. Vander Laenen is docent bij de vakgroep Strafrecht en Criminologie van het Institute for International Research on Criminal Policy, Universiteit Gent.

**zijn hierbij onontbeerlijk. Daarnaast bevelen wij een systematische registratie van de kenmerken van DBK-cliënten aan, zowel voor als na hun traject voor de DBK.**

### **Inleiding**

Drugsgebruikers hebben, vanwege hun middelengebruik of het plegen van drugsgerelateerde criminaliteit, een grote kans om in aanraking te komen met politie en justitie. Een louter repressieve aanpak blijkt niet succesvol om middelengebruik en drugsgerelateerde criminaliteit te verminderen (Bull, 2005; De Ruyver e.a., 2007). (Drugs)hulpverlening onder justitiële druk blijkt hiertoe wel effectief te zijn (De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009a; De Wree, Pauwels, Colman & De Ruyver, 2009b; Gossop, Trakada, Stewart & Witton, 2005; Stevens e.a., 2003). Deze vaststelling zorgt voor toegenomen doorverwijzing vanuit justitie naar de (drugs)hulpverlening (Vander Laenen & Vanderplasschen, 2011). Zo hebben onder meer de Verenigde Staten, Canada, Australië, het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Noorwegen op het berechtingsniveau van de strafrechtsbedeling drugsbehandelingskamers (DBKs) opgericht (Christie & Anderson, 2003; Colman e.a., 2011; Huddleston & Marlowe, 2011).

In tegenstelling tot een klassieke strafrechtsprocedure, beogen DBKs de doorverwijzing van beklaagden met een drugsproblematiek naar de (drugs)hulpverlening waar de onderliggende drugsproblematiek en daarmee samenhangende psychosociale moeilijkheden aangepakt kunnen worden (Huddleston & Marlowe, 2011). DBKs kunnen onderling verschillen, bijvoorbeeld wat betreft inclusiecriteria, procedures en hulpverleningsvoorzieningen, maar ze delen ook essentiële kenmerken (zie tabel 1). Bevindingen van buitenlands onderzoek doen vermoeden dat DBKs effectief zijn in het doorverwijzen van drugsgebruikers naar de hulpverlening en in het reduceren van middelengebruik en van recidive (Belenko, 1999, 2001; Brown, 2010; GAO, 2005; Mitchell e.a., 2012). De uitkomsten van DBKs op andere drugsgerelateerde levensdomeinen, zoals gezondheid, algemeen welbevinden, sociaal netwerk, werk krijgen en de financiële situatie, zijn weinig onderzocht (Green & Rempel, 2012; Wittouck e.a., 2013). Het belang van deze levensdomeinen in het proces van herstel wordt de laatste jaren steeds meer benadrukt (Laudet & White, 2008; 2010; Laudet, Becker & White, 2009; Schroeder, Giordano & Cernkovich, 2007).

**Tabel 1. Essentiële kenmerken van drugsbehandelingskamers.**

1	Voor een DBK werken justitie en hulpverlening samen in een samenwerkingsverband.
2	Drugsspecifieke en niet-drugsspecifieke hulp- en dienstverlening zijn aanwezig.
3	De rechter benadert DBK-cliënten op een neutrale wijze.
4	Er is sprake van interactie tussen DBK-cliënten en magistraten.
5	De rechter volgt de doelstellingen van het DBK-traject op tijdens opeenvolgende zittingen.
6	Alcohol- en drugstesten worden afgenomen.
7	De rechter beloont of sanctioneert DBK-cliënten naar gelang ze de doelstellingen al dan niet naleven.

#### DE GENTSE DRUGSBEHANDELINGSKAMER

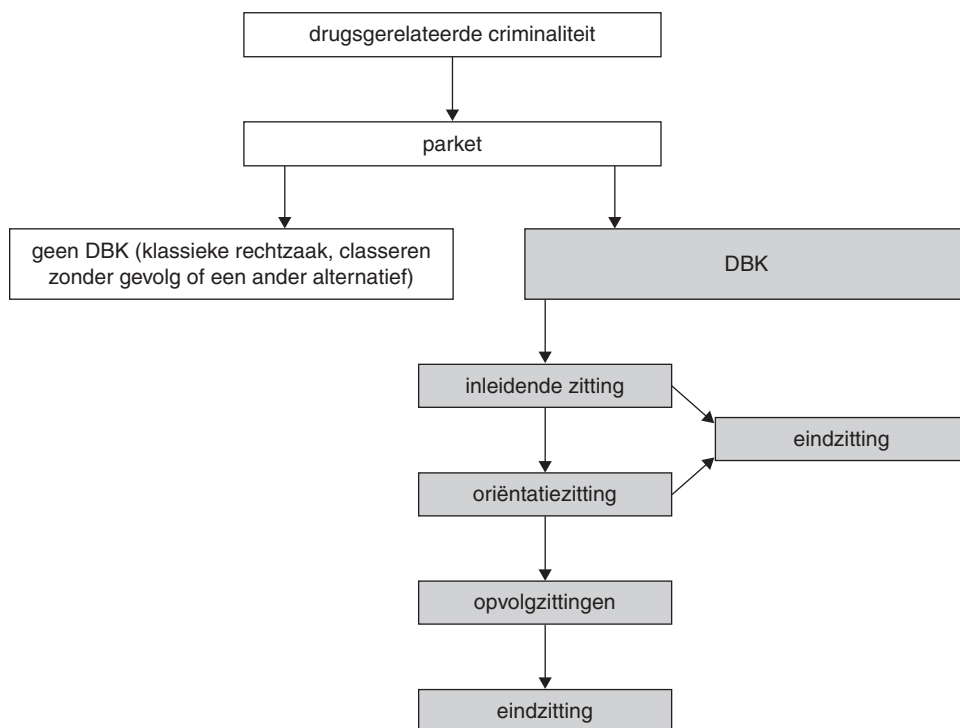
Op 5 mei 2008 ging de eerste Belgische DBK van start in het gerechtelijk arrondissement van Gent. Deze gespecialiseerde kamer richt zich op beklaagden met drugsproblematiek die geen georganiseerde drugsgerelateerde criminaliteit hebben gepleegd. Tijdens een traject voor DBK krijgt de beklaagde de kans om iets te doen aan zijn drugsprobleem voordat de rechter een veroordeling uitspreekt. De meerderheid van de DBK-trajecten worden afgerond na drie tot acht maanden (De Keulenaer & Thomaes, 2011).

Naast de traditionele actoren (zoals de parketmagistraat, de rechter, de beklaagde en de advocaat) is op elke DBK-zitting een hulpverlener aanwezig, die de liaison wordt genoemd. Dit is de schakelfiguur tussen de DBK-cliënt, justitie en hulpverlening. De liaison kent en heeft een langdurige ervaring als hulpverlener in de (drugs)hulpverlening, hoort daartoe en is daarom drager van het beroepsgeheim. De taak van de liaison is drieledig. Ten eerste ondersteunt de liaison de DBK-cliënt bij het opstellen van de doelstellingen in het behandelplan, met aandacht voor de verschillende levensdomeinen. Ten tweede verwijst hij de DBK-cliënt naar geschikte (drugs)hulpverleningsinstanties, om de doelstellingen in het behandelplan te bereiken. Ten derde ondersteunt de liaison de DBK-cliënt bij de uitvoering van het behandelplan en bij het toelichten daarvan aan de rechtbank.

Tabel 2 laat zien wat er gebeurt als DBK is toegewezen. De rechtbank staat niet aan de zijlijn, maar houdt tweewekelijks zittingen om de voortgang te bewaken. De tabel beschrijft de inhoud van die zittingen.

#### ONDERZOEKSPROJECT

In het eerste jaar van de Gentse DBK voerde de Universiteit Gent (UGent) een procesevaluatie uit. Daarin stonden de percepties van de actoren (justitie, hulpverlening, advocaten en DBK-cliënten) centraal.



**Figuur 1** Schematische voorstelling van het DBK-verloop.

Zij bleken tevreden, maar zagen wel knelpunten. Of DBK werkt, viel toen nog niet te zeggen (Colman e.a., 2011; Vander Laenen e.a., 2012a, 2012b). Daarom voerden wij een uitkomstenevaluatie van de Gentse DBK uit. De UGent bestudeerde de uitkomsten voor middelengebruik en drugsgelateerde levensdomeinen. De Belgische Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid (DSB) van de Federale Overheidsdienst Justitie bestudeerde de uitkomsten voor recidive. Deze studie werd gefinancierd door het Belgische Federaal Wetenschapsbeleid en de DSB (Vander Laenen e.a., 2013).

Via deze studie beoogden wij de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden. Wat zijn de uitkomsten van deze gespecialiseerde kamer? Slaagt de Gentse DBK in de opzet om drugsgebruikende beklaagden te verwijzen naar de (drugs)hulpverlening? Zorgt het traject voor een daling van de recidive en van het middelengebruik? Slaagt deze werkwijze in een verbetering van de levenssituatie van cliënten?

### Methode

De ethische commissie van de Faculteit Rechtsgeleerdheid en de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer keurde de

**Tabel 2. Beschrijving van de verschillende stadia van een traject voor de Gentse drugsbehandelingskamer.**

Inleidende zitting	De parketmagistraat, die de beklaagde dagvaardt, zet op de inleidende zitting uiteen waarom hij meent dat de beklaagde in aanmerking komt voor een DBK-traject. De rechter legt de werking en de verwachtingen van de DBK aan de beklaagde uit. Als de beklaagde het DBK-traject aanvaardt, bereidt hij/zij met de liaison de oriëntatiezitting voor. Wanneer de beklaagde het DBK-traject weigert, behandelt de rechter de zaak op een traditionele manier.
Oriëntatiezitting	Tijdens de oriëntatiezitting stelt de DBK-cliënt de doelstellingen in zijn behandelplan voor aan de parketmagistraat en de rechter. Wanneer zij akkoord gaan met de doelstellingen in het behandelplan, verwijst de liaison de DBK-cliënt door naar de geschikte (drugs)hulpverleningsvoorzieningen, zodat de uitvoering van het behandelplan van start kan gaan. Wanneer zij niet akkoord gaan met de doelstellingen in het behandelplan, vindt een heroriëntatiegesprek plaats tussen de DBK-cliënt en de liaison, om het behandelplan aan te passen. Daarna vindt een nieuwe oriëntatiezitting plaats.
Opvolgzittingen	De rechter monitort en evalueert de uitvoering van het behandelplan tijdens verschillende opvolgzittingen. De parketmagistraat gaat na of nieuwe processen verbaal binnenkomen op het parket. De DBK-cliënt legt bewijsstukken (zoals aanwezigheidsattesten en/of urinetests) van de uitvoering van het behandelplan voor aan de parketmagistraat en de rechter.
Eindzitting	Na het succesvol uitvoeren of vroegtijdig beëindigen van het behandelplan vindt een eindzitting plaats. Tijdens deze zitting evalueert de rechter het volledige DBK-traject via de doelstellingen uit het behandelplan. Bij de uitspraak van het vonnis houdt de rechter rekening met de inspanningen die de DBK-cliënt heeft geleverd tijdens het DBK-traject.

studie goed. De studie kent een retrospectief, naturalistisch onderzoeksdesign met een voormeting en een nameting, waarbij gebruik gemaakt wordt van kwantitatieve onderzoeks- en dataverwerkingsmethoden.

#### ONDERZOEKSPOPULATIE

De onderzoekspopulatie voor het recidive- en het levensdomeinen-luik van de studie bestond uit beklaagden met drugsproblematiek, die werden doorverwezen naar de Gentse DBK als ze aan de volgende inclusiecriteria voldeden.

- De eindzitting voor de Gentse DBK vond plaats tussen 5 mei 2008 en 31 december 2009. Op 5 mei 2008 vond de eerste zitting van de Gentse DBK plaats. De inclusieperiode werd afgesloten op 31 december 2009, om een voldoende lange observatieperiode voor recidive te verzekeren.

- Ze aanvaardden het DBK-traject op de inleidende zitting.
- Ze gebruikten ten minste één illegale drug op het moment van de strafbare feiten waarvoor ze voor de DBK dienen te verschijnen.
- Het DBK-traject duurde ten minste vier maanden in de recidive-onderzoekspopulatie en ten minste drie maanden in de levensdomeinen-onderzoekspopulatie. Een DBK-traject diende minimaal drie maanden te duren, omdat dit tijdsinterval als noodzakelijk wordt beschouwd om minimale effecten van een interventie te kunnen detecteren (Simpson e.a., 1997; Marlowe, 2003).

#### METINGEN

Om de uitkomsten van de DBK in termen van recidive na te gaan, deed de DSB een beroep op de nationale antecedentendatabank; deze geeft een overzicht van alle strafrechtelijke feiten die een persoon heeft gepleegd. Wij definieerden recidive als elke nieuwe gerechtelijke beslissing die niet is geëindigd in een vrijspraak, een technisch sepot of een andere technische uitspraak en die plaatsvindt naar aanleiding van elk type van strafrechtelijke inbreuk dat werd gepleegd na het beëindigen van een traject voor de DBK. Concreet gaat het om elk type van strafrechtelijke inbreuk na het DBK-traject dat aanleiding gaf tot een beleidssepot, een minnelijke schikking, een bemiddeling in strafzaken of een vonnis (Wartna, Blom & Tollenaar, 2011). Wij brachten het pleeggedrag van DBK-respondenten voor en na het DBK-traject in kaart. De observatieperiode voor recidive bedroeg achttien maanden (exclusief periodes in detentie) vanaf de datum van het eindvonnis voor de DBK. Als antecedent beschouwden wij alle feiten gepleegd voor en tijdens het DBK-traject die aanleiding gaven tot een beleidssepot, een minnelijke schikking, een bemiddeling in strafzaken of een vonnis.

Om de uitkomsten van het Gentse DBK-project rond middelengebruik en drugsgerelateerde levensdomeinen na te gaan, voerde de Universiteit Gent een dossierstudie uit, waarbij informatie uit de dossiers werd overgenomen in een checklist (voor een gelijksoortige wijze van dataverzameling zie De Wree e.a., 2009a, 2009b). Wij baseerden de variabelen van de checklist op de levensdomeinen van de Addiction Severity Index (ASI; McLellan e.a., 1992). De zeven ASI-subschalen zijn lichamelijke gezondheid, opleiding of tewerkstelling, alcoholgebruik, drugsgebruik, contact met politie en/of justitie, familiale en sociale relaties en geestelijke gezondheid. Daarnaast werd de vrijetijdsbesteding als variabele opgenomen in de checklist, gezien het belang voor een proces van herstel na middelengebruik (Hood, 2003). Twee on-

derzoekers scoorden de verzamelde informatie onafhankelijk van elkaar. Bij een verschil in score bereikten we consensus via een discussie.

Om informatie te verzamelen over de situatie van de DBK-cliënten bij de start van hun DBK-traject, deden wij een beroep op het DBK-dossier (dit is het dossier van het Openbaar Ministerie en bestaat uit een samenvatting van het gerechtelijke dossier), de persoonlijke zittingsnotities van de parketmagistraten en het behandelplan van de DBK-cliënt. Om informatie te verzamelen over de situatie van de DBK-cliënten bij het einde van hun DBK-traject, deden wij een beroep op de justitiële documenten in het DBK-dossier en de persoonlijke zittingsnotities van de parketmagistraten tijdens de eindzitting. Voor de beide metingen konden we geen beroep doen op het dossier van de liaisons, aangezien deze enkel bestaan uit persoonlijke notities. Aangezien de liaisons geen rapportageplicht hebben aan justitie, stellen zij geen verslagen op.

## Resultaten

### KENMERKEN ONDERZOEKSPOPULATIE

Zoals uit de beschrijving van de inclusiecriteria blijkt, zijn er enkele verschillen tussen deze criteria voor het recidive- en het levensdomeinen-luik van de studie. Deze verschillen hebben een invloed op de kenmerken van de onderzoekspopulatie voor beide luiken.

De recidive-onderzoekspopulatie bestond uit 44 respondenten: 36 mannen (81,8%) en 8 vrouwen (18,2%). De gemiddelde leeftijd was 32,3 jaar ( $SD = 6,955$ ; range = 22-55) en 8 respondenten (18,2%) waren 25 jaar of jonger. Bij aanvang van het DBK-traject gebruikten 20 respondenten (45,5%) heroïne, 16 respondenten (36,4%) gebruikten stimulantia en respectievelijk 5 en 3 respondenten gebruikten cannabis en een substitutiemiddel zonder bijgebruik. Bij het coderen van het drugsgebruik scoorden wij enkel het middel met de meeste gezondheidsrisico's.

De respondenten hadden in het verleden in totaal 623 antecedenten gepleegd (gemiddeld 14 antecedenten per respondent). Van de 44 respondenten (27,6%) hadden er 12 een uitgebreide strafrechtelijke voorgeschiedenis ( $\geq 20$  antecedenten). De 5 meest voorkomende delicttypen waren overtredingen van de drugswetgeving (23,4%), gewone diefstallen (17,5%), slagen en verwondingen (14,6%), overtredingen van de openbare veiligheid en openbare orde (11,9%) en zware diefstallen (8%). Op ongeveer de helft van de antecedenten volgde een

vonnis (48,6%), op nog eens ongeveer de helft volgde een beleidssepot (47,2%). Een minnelijke schikking (2,4%) en een bemiddeling in strafzaken (1,8%) kwamen slechts in beperkte mate voor.

De criminele carrière, die wij berekenden door de datum van het eerst feit af te trekken van de datum van het eindvonnis voor de DBK, was gemiddeld 9,5 jaar aan de gang. Iets meer dan de helft van de respondenten (56,8%) had reeds een detentieperiode achter de rug. Het jaarlijks gemiddeld aantal antecedenten bedroeg 1,62.

De levensdomeinen-onderzoekspopulatie bestond uit 52 respondenten: 9 vrouwen (17,3%) en 43 mannen (82,7%). Hun gemiddelde leeftijd was 30,4 jaar ( $SD = 7,242$ ; range = 20-52); 17 personen waren  $\leq 25$  jaar (32,7%). Bij aanvang van het DBK-traject gebruikten 26 respondenten (51%) heroïne, 19 respondenten (37,3%) gebruikten stimulantia, 3 respondenten gebruikten cannabis en 3 respondenten gebruikten een substitutiemiddel zonder bijgebruik.<sup>1</sup> Bij de aanvang van hun DBK-traject woonden 10 DBK-respondenten (27%) alleen en 7 DBK-respondenten (18,9%) samen met een partner; 13 DBK-respondenten (35,1%) hadden een andere samenlevingsvorm en 7 DBK-respondenten (18,9%) verbleven in de gevangenis.<sup>2</sup>

#### RESULTATEN RECIDIVE

Achttien maanden na het DBK-traject was 38,6% ( $n = 17$ ) van de respondenten gerecidiveerd en 61,4% ( $n = 27$ ) niet. Wanneer we het pleeggedrag op individueel niveau bestuderen, stellen we bij 79,5% ( $n = 35$ ) van de respondenten ( $n = 44$ ) een verbetering in het pleeggedrag vast; ongeveer drie kwart ( $n = 27$ ) van deze respondenten recidiveerde namelijk niet in de eerste achttien maanden volgend op hun DBK-traject en ongeveer een kwart ( $n = 8$ ) pleegde in deze periode gemiddeld minder feiten op jaarbasis dan ervoor. Bij 20,5% van de DBK-respondenten verslechterde het pleeggedrag gedurende de eerste achttien maanden na het DBK-traject.

De meerderheid van degenen die recidiveerden (70,6%;  $n = 12$ ) pleegde een nieuw strafrechtelijk feit binnen zes maanden na de afronding van hun DBK-traject. In totaal pleegden de DBK-cliënten 59 recidivefeiten; een gemiddelde van 3,5 feiten per recidivist. De vijf meest voorkomende delicttypen waren gewone diefstallen (28,8%), overtredingen van de drugswetgeving (25,4%), overtredingen van de openbare veiligheid en de openbare orde (11,9%), slagen en verwondingen

1 Deze informatie ontbrak voor één respondent.

2 Informatie was beschikbaar voor 37 respondenten (71,1%) uit de DBK-groep.



**Tabel 3. Jaarlijks gemiddeld aantal feiten voor en (tijdens de eerste achttien maanden) na een traject voor de DBK; recidive-onderzoekspopulatie (N = 44).**

Jaarlijks gemiddeld aantal feiten volledige DBK-groep	1,62	0,89
Jaarlijks gemiddeld aantal feiten recidivisten	2,11	2,31

(10,2%) en diefstal met geweld (5,1%). Op ongeveer de helft van de recidivefeiten volgde een vonnis (50,8%), op de rest volgde een beleidssepot (49,2%).

Het jaarlijkse gemiddelde aantal gepleegde feiten voor de volledige DBK-groep bedroeg 0,89, significant minder dan het jaarlijks gemiddeld van 1,62 uit de periode vóór de DBK ( $t = 2,475$ ;  $df = 43$ ;  $p = 0,017$ ). Als we alleen de recidivisten bestuderen, vinden we echter geen significant verschil in het pleeggedrag voor en na de DBK. Het jaarlijks gemiddelde aantal antecedenten bedroeg 2,11 en het jaarlijks gemiddelde aantal gepleegde feiten na de DBK bedroeg 2,31. Dit is een niet-significante stijging ( $t = 0,305$ ;  $df = 16$ ;  $p = 0,764$ ; zie tabel 3).

Wat de factoren die recidive kunnen beïnvloeden in de onderzoekspopulatie betreft: recidive kwam vaker voor bij personen met bovengemiddeld veel antecedenten in de voorgeschiedenis ( $\chi^2 = 4,762$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,029$ , vergeleken met personen met minder antecedenten) en een hogere frequentie aan antecedenten per jaar ( $\chi^2 = 5,231$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,022$ , vergeleken met personen met een lagere frequentie). Geslacht ( $\chi^2 = 0,005$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,94$ ) en leeftijd ( $\chi^2 = 0,063$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,80$ ) hadden geen invloed op recidive.<sup>3</sup>

#### RESULTATEN MIDDELENGEBRUIK EN DRUGSGERELATEERDE LEVENSDOMEINEN

Wij stelden vast dat de registratie in de dossiers voor een aantal variabelen onvolledig was. Daardoor konden we geen betrouwbare analyses uitvoeren voor alcoholgebruik, de gebruiksfrequentie, de gebruiksmethode, het krijgen van een uitkering, de vrijetijdsbesteding, problemen met de lichamelijke of geestelijke gezondheid en het krijgen van behandeling daarvoor.

Tabel 4 geeft de uitkomsten voor middelengebruik en drugsgerelateerde levensdomeinen voor de Gentse DBK-groep weer. In vergelijking met hun situatie bij de start van het DBK-traject bleken cliënten aan

3 Aangezien één of meer cellen minder dan vijf observaties tellen, is de betrouwbaarheid van de analyses met geslacht en leeftijd gering.

**Tabel 4. De uitkomsten voor middelengebruik en drugsgerelateerde levensdomeinen; levensdomeinen-onderzoekspopulatie (N = 52).**

	Start traject n (%)	Einde traject n (%) <sup>1</sup>	N <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>
Aard van het middel <sup>4</sup>				
Heroïne	19 (55,9%)	15 (44,1%)	34	0,166
Stimulantia	10 (29,4%)	5 (14,7%)	34	0,060
Cannabis <sup>5</sup>	2 (5,9%)	3 (8,8%)	34	0,469
Hulpverlening				
Substitutiebehandeling zonder bijgebruik <sup>5</sup>	3 (8,8%)	7 (20,6%)	34	0,015
Psychosociale drugsbehandeling	15 (38,5%)	24 (61,5%)	39	0,001
Begeleiding financiële situatie	19 (59,4%)	27 (84,4%)	32	0,004
Levensdomeinen				
Vaste huisvesting <sup>6</sup>	27 (81,8%)	28 (84,8%)	33	0,384
Tewerkstelling	13 (31,7%)	21 (51,2%)	41	0,007
Schulden	34 (97,1%)	32 (91,4%)	35	0,046

<sup>1</sup> Vier respondenten gebruikten niet meer op het moment van de nameting.

<sup>2</sup> Aantal dossiers waarin informatie over de uitkomstvariabele voor beide metingen aanwezig was.

<sup>3</sup> De non-parametrische 'one sample'- $\chi^2$ -toets geeft noch de waarde van  $\chi^2$  noch het aantal vrijheidsgraden weer.

<sup>4</sup> Hieronder valt enkel het middel met de meeste gezondheidsrisico's.

<sup>5</sup> Aangezien één of meer cellen minder dan vijf observaties tellen, is de betrouwbaarheid van deze analyses gering.

<sup>6</sup> Een detentieverblijf valt hier niet onder.

het einde van het traject significant vaker een substitutiebehandeling te volgen zonder bijgebruik, een psychosociale vorm van drugsbehandeling te volgen, te werken of een begeleiding te volgen voor hun financiële situatie. Significant minder respondenten hebben schulden. We vonden geen significante verschillen voor de aard van het gebruikte middel en voor het type huisvesting.

## Conclusies

### GENTSE DRUGSBEHANDELINGSKAMER LAAT MATIG POSITIEVE UITKOMSTEN ZIEN

Het onderzoek laat positieve uitkomsten zien voor de DBK-cliënten. Significant meer DBK-cliënten krijgen drugshulpverlening en/of een begeleiding voor hun financiële situatie aan het einde van hun DBK-traject. Daarnaast zet een substantieel deel van de DBK-cliënten de

stap naar de arbeidsmarkt. Verschillende internationale onderzoeken toonden reeds dat tewerkstelling het risico op recidive vermindert (Skardhamar & Telle, 2012). We vonden geen veranderingen voor het type huisvesting.

Wat betreft middelengebruik vonden we geen statistisch significante veranderingen. Hiervoor zijn drie verklaringen mogelijk. Ten eerste duurt een DBK-traject ongeveer zeven maanden. Hoewel onderzoek aantoonde dat de grootste verbeteringen voorkomen tijdens de eerste vier maanden van een DBK-traject (Freeman, 2003), is een langere retentieperiode geassocieerd met gunstigere en meer duurzame resultaten (Hser e.a., 2001; Marlowe, 2003; McLellan e.a., 2000). Daarnaast is terugval een realiteit bij middelenaafhankelijkheid (Dennis e.a., 2005) en is abstinentie geen voorwaarde om een DBK-traject succesvol af te sluiten. Ten derde is het gebruikte middel een grove maat om middelengebruik te operationaliseren; frequentie en methode van gebruik zouden meer relevante informatie opleveren. Wegens het ontbreken van die informatie in de dossiers was deze analyse niet mogelijk.

Een Belgische studie naar de effecten van alternatieve afhandelingen voor drugsgebruikers op elk echelon van de strafrechtsketen toonde aan dat 61,8% recidiveerde binnen een follow-up-periode van vijf jaar. Recidive deed zich het vaakst voor tijdens de eerste twee jaar van een alternatieve maatregel of sanctie (De Ruyver e.a., 2007). In de huidige studie recidiveert ongeveer vier op tien DBK-cliënten tijdens het eerste anderhalf jaar na hun DBK-traject. De meerderheid van de DBK-cliënten (80%) pleegt geen of minder criminaliteit tijdens deze observatieperiode in vergelijking met hun pleeggedrag voorafgaand aan het DBK-traject, wat in overeenstemming is met buitenlands onderzoek (Belenko, 1999, 2001; Brown, 2010a; GAO, 2005; Mitchell e.a., 2012). Recidive komt vaker voor bij DBK-cliënten met meer antecedenten of bij cliënten met een hoger jaarlijks gemiddeld aantal gepleegde feiten. Deze groep DBK-cliënten vraagt waarschijnlijk een meer intensieve justitiële opvolging dan DBK-cliënten zonder deze kenmerken. Het is dus wenselijk om het aantal opvolgzittingen en de frequentie van deze opvolgzittingen af te stemmen op het profiel van de DBK-cliënt (Marlowe e.a., 2006).

#### SYSTEMATISCHE REGISTRATIE VOOR EN NA EEN DBK-TRAJECT

De dataverzameling in deze studie vond plaats via een dossierstudie. Tijdens de dataverzameling stelden we hiaten in de registratie vast. Daardoor kunnen we geen uitspraken doen over uitkomsten voor de gebruiksmethode en -frequentie, het alcoholgebruik en de vrijetijds-

invulling, het ervaren van problemen met de geestelijke en lichamelijke gezondheid en het krijgen van behandeling daarvoor. Toch zijn elk van deze aspecten van belang bij de aanpak van de drugsproblematiek (Burns & Teeson, 2002; Decorte e.a., 2005; Freeman, 2003; Hood, 2003).

Om uitspraken te doen over uitkomsten rond drugsgebruik en over psychosociale uitkomsten is een systematische registratie van de kenmerken van DBK-cliënten, zowel voor als na hun DBK-traject, belangrijk. Dit zal een grondige uitkomstenevaluatie toelaten. De systematische registratie van de kenmerken van DBK-cliënten biedt ook een voordeel op het niveau van de opvolging en de begeleiding van de DBK-cliënten zelf. Het zal de blijvende aandacht voor de psychosociale levensdomeinen gedurende het DBK-traject garanderen.

Hierbij willen we evenwel opmerken dat deze uitgebreide registratie bij voorkeur door een hulpverlener met beroepsgeheim wordt uitgevoerd. Daardoor kan de DBK-cliënt zelf aangeven welke informatie bestemd is voor justitie. Het zonder meer doorgeven van informatie over alle mogelijke levensdomeinen zou immers leiden tot een te grote inmenging van justitie in het leven van een DBK-cliënt. Alleen de levensdomeinen die een DBK-cliënt wenst aan te pakken in het DBK-traject zouden in het behandelplan moeten worden opgenomen. Daarom stellen wij voorop dat de liaison de persoon bij uitstek is om deze systematische registratie uit te voeren.

#### BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek had geen experimenteel design en laat niet toe conclusies te trekken over causale verbanden (Loosveldt, 2001). Daarnaast bestudeerden we enkel de uitkomsten aan het eind van het DBK-traject. Verder onderzoek is noodzakelijk om uitspraken te formuleren over de uitkomsten van een DBK-traject op de lange termijn. Ten slotte betreft het een erg kleine steekproef, waardoor we de resultaten niet zonder meer kunnen veralgemenen naar de volledige populatie van Gentse DBK-cliënten.

#### Tot besluit

De resultaten van het onderzoek tonen aan dat het volgen van een traject voor de Gentse drugsbehandelingskamer gepaard ging met verbeteringen op het vlak van drugshulpverlening, financiële begeleiding en tewerkstelling. De DBK leidde bovendien tot een daling van het pleeggedrag bij het merendeel van de DBK-cliënten. Het middelengebruik daalde echter niet significant.

Het vinden van een positieve invloed op het pleeggedrag en niet op middelengebruik kan op verschillende manieren verklaard worden. Ten eerste door de verbeteringen op het vlak van drugshulpverlening, financiële begeleiding en tewerkstelling, aangezien deze factoren bijdragen tot een daling van recidive, zoals blijkt uit de internationale literatuur (De Wree e.a., 2009a,b; Gossop e.a., 2005; Skardhamar & Telle, 2012). Ten tweede was de observatieperiode voor het bestuderen van de recidive aanzienlijk langer dan de opvolgperiode door de DBK; het is dus mogelijk dat ook een significant verschil in het middelengebruik was teruggevonden indien een follow-up-meting was uitgevoerd achttien maanden na het afronden van het DBK-traject. Uit onderzoek blijkt immers dat een langere retentieperiode geassocieerd is met gunstigere en meer duurzame resultaten (Hser e.a., 2001; Marlowe, 2003; McLellan e.a., 2000). Daarnaast hadden wij enkel voldoende informatie om de invloed van de Gentse DBK op het gebruikte middel na te gaan en niet om de invloed op de gebruiksfrequentie en -methode te bestuderen. Eerdere auteurs wezen reeds op de gunstige resultaten van (drugs)hulpverlening onder druk (Gossop e.a., 2005; Stevens e.a., 2003). Ook in Nederland bestaat verslavingszorg onder druk in een justitieel kader (Koeter & van Ooyen-Houben, 2009); een experiment met een drugsbehandelingskader is misschien ook in Nederland te overwegen.

Het onderzoek bevestigt dat samenwerking tussen justitie en hulpverlening op het berechtingsniveau van de strafrechtsbedeling in de vorm van drugsbehandelingskamers succesvol kan zijn. Dit vraagt - zoals steeds het geval is bij een samenwerking tussen justitie en hulpverlening - om duidelijke afspraken. Beide actoren moeten respect tonen voor elkaars eigenheid en de verschillende doelstellingen die zij nastreven, elke actor moet een welomschreven rol hebben en de informatie-uitwisseling moet tot het noodzakelijke minimum herleid worden.

Voor de functie van de liaison heeft verduidelijking. De liaison behoort tot de hulpverlening en heeft beroepsgeheim. Het werkterrein van de liaison bevindt zich echter op de 'brug' tussen justitie en hulpverlening. De implicaties van het dragen van het beroepsgeheim moeten dus duidelijk zijn, zowel voor de betrokken actoren van justitie, de betrokken hulpverleners als de liaison zelf (Vander Laenen, 2013).

## Summary

### The impact of the Ghent drug treatment court on drug related life domains

Ciska Wittouck, Saaske De Keulenaer, Stefan Thomaes & Freya Vander Laenen

Several countries have implemented a drug treatment court (DTC) at the sentencing level of the criminal justice system (CJS). DTCs aim to refer defendants with substance use disorders (SUDs) to (drug) treatment and counselling services where both the SUD and associated psychosocial difficulties can be addressed. After all recovery from SUDs goes beyond abstinence and all drug related life domains should be considered. The first Belgian DTC is operating since May 5th 2008 in the judicial district of Ghent. In this article we describe the outcomes of the Ghent DTC regarding recidivism, substance use and drug related life domains, based on a study of judicial files. The Ghent DTC shows moderately positive outcomes regarding recidivism, drug treatment, financial counselling and employment. We found no significant differences regarding substance use. The latter can be explained by characteristics of SUDs, the Ghent DTC procedure and the methodology of the study. We can conclude that the collaboration between the CJS and treatment and counselling services, as is the case for DTCs, can be successful. Clear arrangements on the different roles and on professional confidentiality are essential for this collaboration. In addition, we recommend a systematic registration of characteristics of DTC clients, both before and after the DTC trajectory.

## Literatuur

- Belenko, S. (1999). *Research on drug courts: a critical review 1999 update*. Columbia, New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse.
- Belenko, S. (2001). *Research on drug courts: a critical review 2001 update*. Columbia, New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse.
- Brown, R. (2010). Systematic review of the impact of adult drug treatment courts. *Translational Research*, 155, 263-274.
- Bull, M. (2005). A comparative review of best practices guidelines for the diversion of drug related offences. *International Journal of Drug Policy*, 16, 223-234.
- Burns, L. & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 299-307.

- Christie, T. & Anderson, J.F. (2003). Drug treatment courts are popular but do they work and are they ethical and appropriate for Canada? *Health Law in Canada*, 23, 70-79.
- Colman, C., De Ruyver, B., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Keulenaer, S. & Thomaes, S. (2011). *De drugbehandelingskamer: een andere manier van afhandelen. Het proefproject geëvalueerd*. Antwerpen: Maklu.
- De Keulenaer, S. & Thomaes, S. (2011). Kwantitatieve evaluatie: het proefproject drugbehandelingskamer in cijfers. In C. Colman, B. De Ruyver, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, E. Broekaert, S. De Keulenaer & S. Thomaes, S. (Eds.), *De drugbehandelingskamer: een andere manier van afhandelen* (pp. 85-125). Maklu: Antwerpen.
- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F. & Sohler, C. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. Gent: Academia Press.
- De Wree, E., De Ruyver, B. & Pauwels, L. (2009a). Criminal justice responses to drug offences: recidivism following the application of alternative sanctions in Belgium. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16, 1-11.
- De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C. & De Ruyver, B. (2009b). Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution? *Crime, Law and Social Change*, 52, 513-525.
- Decorte, T., Kaminski, D., Muys, M. & Slingeneyer, T. (2005). *Problematisch gebruik van (illegale) drugs: onderzoek naar de operationalisering van het concept in een wettelijke context*. Gent: Academia Press.
- Dennis, M., Scott, C., Funk, R. & Foss, M. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 51-62.
- Freeman, K. (2003). Health and well-being outcomes for drug-dependent offenders on the NSW drug court programme. *Drug and Alcohol Review*, 22, 409-416.
- GAO (2005). *Adult drug courts: evidence indicates recidivism reductions and mixed results for other outcomes*. Washington, DC: United States Government Accountability Office.
- Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 295-302.
- Green, M. & Rempel, M. (2012). Beyond crime and drug use: do adult drug courts produce other psychosocial benefits? *Journal of Drug Issues*, 42, 156-177.
- Hood, D.C. (2003). Women in recovery from alcoholism: the place of leisure. *Leisure Sciences*, 25, 51-79.
- Hser, Y.I., Anglin, M.D. & Fletcher, B. (1998). Comparative treatment effectiveness: effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 515-523.
- Hser, Y.I., Grella, C.E., Hubbard, R.L., Hsieh, S.C., Fletcher, B.W., Brown, B.S. & Anglin, D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58, 689-695.
- Huddleston, W. & Marlowe, D.B. (2011). *Painting the current picture: a national report on drug courts and other problem-solving court programs in the United States*. Washington, DC: National Drug Court Institute.
- Koeter, M. & Ooyen-Houben, M. van (2009). Verslavingszorg in justitieel kader: drang en dwang. *Verslaving*, 7, 33-45.



- Laudet, A. & White, W. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction and stress among former poly-substance users. *Substance Use and Misuse*, 43, 27-54.
- Laudet, A. & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 51-59.
- Laudet, A., Becker, J. & White, W. (2009). Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use and Misuse*, 44, 227-252.
- Loosveldt, G. (2001). Experimentele designs. In J. Billiet & H. Waeghe (Eds.), *Een samenleving onderzocht: methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek* (pp. 157-179). Antwerpen: De Boeck.
- Marlowe, D. (2003). Integrating substance abuse treatment and criminal justice supervision. *Science and Practice Perspectives*, 2, 4-14.
- Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Lee, P.A., Dugosh, K.L. & Benasutti, K.M. (2006). Matching judicial supervision to clients' risk status in drug court. *Crime and Delinquency*, 52, 52-76.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P. & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- Mitchell, O., Wilson, D.B., Eggers, A. & MacKenzie, D.L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: a meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, 40, 60-71.
- Ooyen-Houben, M. van, Philipse, M., Mos, K. & Dijkman, L. (2009). Hulpverlening en justitie: twee werelden. *Verslaving*, 7, 51-59.
- Schroeder, R.D., Giordano, P.C. & Cernkovich, S.A. (2007). Drug use and desistance processes. *Criminology*, 45, 191-222.
- Simpson, D.D., Joe G.W., Broome, K.M., Hiller, M.L., Knight, K. & Rowan-Szal, G.A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 279-293.
- Skardhamar, T. & Telle, K. (2012). Post-release employment and recidivism in Norway. *Journal of Quantitative Criminology*, 28, 629-649.
- Stevens, A., Berto, D., Kersch, V., Oeuvray, K., Ooyen, M. van, Steffan, E., Heckmann, W. & Uchtenhagen, A. (2003). *Summary literature review: the international literature on drugs, crime and treatment*. Canterbury: QCT Europe.
- Vander Laenen, F. (2013). Beroepsgeheim van hulpverleners in relatie met justitie, een geïnformeerd hulpverlener is er twee waard. In B. Hubeau, J. Mertens, J. Peu, R. Roose, K. Stas & F. Vander Laenen (Eds.), *Omgaan met beroepsgeheim* (Cahier Welzijnsgids, pp. 39-62). Mechelen: Kluwer.
- Vander Laenen, F. & Vanderplasschen, W. (2011). De opschorting, uitstel en probatie. In L. Deben, K. De Greve, L. Delbrouck, H. De Waele, M. Lambrechts, J. Meese, I. Plets, I. Rogiers, A. Serlippens, L. Van Besien, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, F. Van Hende, E. Van Lishout, S. Van Malderen & W. Van Steenbrugge, W. (Eds.), *Wet en duiding: drugwetgeving 2011*. Gent: Larcier.



- Vander Laenen, F., Colman, C., De Keulenaer, S. & Thomaes, S. (2012a). De drug-behandelingskamer van Gent, procesevaluatie. In Pauwels, L. & Vermeulen, G. (eds.). *Update in de criminologie*, dl. VI. Actuele ontwikkelingen inzake EU-strafrecht, veiligheid, politie, strafprocedure, prostitutie en mensenhandel, drugsbeleid en penologie (pp. 277-297). Antwerpen: Maklu.
- Vander Laenen, F., Colman, C., De Keulenaer, S. & Thomaes, S. (2012b). Drug-behandelingskamer, de Gentse ervaringen. *Panopticon*, 33, 80-84.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S. & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*. Academia Press: Gent.
- Wartna, B.S.J., Blom, M. & Tollenaar, N. (2001). *De WODC-Recidivemonitor (4e herziene versie)*. Memorandum 2011-3. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., Vanderplasschen, W. & Vander Laenen, F. (2013). The impact of drug treatment courts on recovery: a systematic review. *Scientific World Journal*, ID 493679.